

アートメイク説明書兼同意書（3D込み）

《特徴》

アートメイクは皮膚にニードル（針）を用いて色素を注入する医療美容技術です。

表皮から1~2mmの部分に色素を着色していき、普通のメイクのように洗顔や汗や時間などの経過で落ちることなく個人差はありますが施術後3~5年程度キープすることができます（但し最初の色味のキープは1年程度、3Dアートメイクの場合色持ちは半年~1年が目安になります）。又アートメイクは人の皮膚に針等で色素を入れるものであり、日本では医療機関で行わなければならない医療行為とされています。

当院は機械彫りになります。針は使い捨てで、機械は常に徹底した衛生管理を行っておりますので安心してお受け頂けます。

《効果》

・洗顔や汗や時間の経過でメイクが落ちない（自分では上手くメイクができない・メイクの時間を短縮したい・眉が薄い・スポーツやサウナなどでよく汗をかく方に）

《施術手順》

・カウンセリング→デザイン前写真撮影→デザイン→デザイン後写真撮影→麻酔（表面麻酔・局所麻酔）
→アートメイク施術→施術後写真撮影→クーリング→軟膏塗布→終了

《治療間隔》

・初めての方

眉（3D含）・アイライン・・・3ヶ月以内に2回目の施術

リップ・・・6ヶ月以内に2回目、3回目の施術

ホクロ・・・3ヶ月以内に2回目の施術

・フォローの方

1回の施術のみ。但し他院修正入りフォローのアイライン上下は3ヶ月以内に2回目の施術

※期限外の施術には当院フォローの料金が掛かります。

《施術後の注意点》

- ・施術当日は施術箇所のクレンジング、洗顔及びお化粧品はお避け下さい。又1週間は施術部位のオイルクレンジングはお控え下さい。
- ・施術後1週間は1日2回施術部位に軟膏を綿棒で塗布して下さい。
- ・プール、海水浴、公衆浴場は1週間程お避け下さい。
- ・アルコールは血行が促進され、施術箇所に負担がかかるため施術後5日間はお控えください。
- ・施術後3~7日で薄いカサブタが出来る場合がありますが、色落ちしますので無理矢理はがさないで下さい。
- ・眉やリップのアートメイクの場合、施術後は濃い色ですが、薄いカサブタが剥がれ1週間ほどで自然な色になります。
- ・3日程施術部位の腫れ（特にアイラインとリップ）と痛みが生じる場合がありますが冷やしていただくことで次第に落ち着きます。
- ・アイラインの場合、コンタクトは翌日から装着して下さい。
- ・炎症の原因になりますので、施術後1週間は手で触ったりこすったりしないで下さい。
- ・デザインや色などに関するご要望は施術前にしっかりとご相談下さい。後から足すことは出来ても消すことは難しいことをご了承下さい。
- ・施術後のレーザーでの修正・除去は行ってはおりますが回数が掛かる事、除去できかねる場合があることをご了承下さい。尚修正・除去費用は別途ご負担となります。
- ・色の定着については個人の皮膚の質や色によって違いが生じることがございますのであらかじめご了承下さい。

い。場合によっては2回でも中々色が入らないこともございます。

- ・眉、アイライン上下初回料金の施術内容は3ヶ月以内に調整1回までを含むものになります。リップ初回料金の施術内容は6ヶ月以内に調整2回までを含むものになります。それ以降の調整は有料対応（当院フォローの価格）となります。
- ・2回目の調整施術のご予約変更は2回まで無料で対応させていただきますが、予約変更3回目以降は有料対応（当院フォローの価格）となります。

《治療後の症状及び副作用について》

以下のような副作用が出現する可能性があります。また、個人の皮膚状態により症状が施術の1～2日後に遅れて出現する可能性があります。これらの症状は一時的なものです。症状が発生した場合は当院にて対応させていただきますので必ずご相談下さい。

- ・起こりうること・・・麻酔でのアレルギー・痛み・角膜損傷・腫れ・出血・内出血・カサブタ・赤み・色素のムラ・色素の変色・にじみ・ケロイド・感染 等

アイラインの麻酔は局所麻酔を推奨いたしますが、患者様の希望での表面麻酔による眼内及び眼周囲のトラブルに関しては一切当院は責任を持ちませんのでご了承ください。

眼内及び眼周囲のトラブル（紅斑・発疹・水泡・搔痒感・浮腫・疼痛・角膜損傷・視力低下など）が起きた際は眼科受診をしてください。

《禁忌事項》

- ・妊娠中または妊娠の可能性のある場合
- ・何かしらの感染症をお持ちの方
- ・ケロイド体質の方

《適応注意》

- ・麻酔アレルギーをお持ちの方
- ・長期間ステロイドを内服している場合
- ・糖尿病を患っている方
- ・出血傾向のあるお薬を服用中の方
- ・アレルギー体質またはかぶれ易い体質の方
- ・閉塞隅角緑内障の方
- ・リドカインでアレルギー・アナフィラキシーを起こしたことがある場合。

※リドカイン麻酔（局所麻酔・クリーム麻酔）のアレルギーがある。 はい ・ いいえ ・ わからない
「はい」と答えた方は、どのような症状が出たのか具体的にお答え下さい。

症状：

※全身疾患で特別治療を受けられている方は、施術の可否をかかりつけ医に確認して下さい。

※また、美容的処置・医学的処置・その他施術部位に最近受けたことのあるものについての自己申告をお願い致します。

いつごろ：

受けたもの：

.....

(施術名)

の施術を受けることに同意致します。

- ・各種説明書に記載された治療の効果・発現する可能性のあるリスクについて承諾致します。
- ・治療に先立ち、治療に関係する事柄（他の治療の受診状況・使用している薬剤の有無・アレルギー等持病や体質について・ペースメーカーやインプラントの有無・妊娠の有無・日焼けの有無・以前に同種の治療を受けた際に皮膚等に症状・トラブルが生じた事がある場合にはその具体的内容）について申告し、治療後トラブルが生じた際にはすみやかに貴院での診察を受け、しかるべき治療を受けることを承諾致します。（治療内容により治療費が発生することを承諾します）また、その内容により治療ができない可能性があることを承諾致します。
- ・治療後の自身の処置（軟膏塗布・テープ保護・UVケアなど）の重要性について理解し、承諾致します。
- ・効果の出方や効果の持続期間については個人の皮膚の性質・皮膚の状態・加齢の状態により差異が生じること
を理解し承諾致します。
- ・十分な効果を期待する場合、複数回の治療を必要とすることが予測され、その都度料金が発生することを承諾
致します。また、治療効果や必要な治療回数には個人差がある事を理解し承諾致します。
- ・コースや回数券で購入したものを患者側の事情により解約を希望する場合、有効期限内のコースや回数券に限
り、実際のご購入金額から、すでに受けた回数分の正規施術料金（1回のみ施術する場合の料金として当院が
設定する金額）を差し引いた金額の返金となることを理解し承諾致します。
- ・有効期限の切れたコースや回数券は一律無効になり、また、返金は一切不可となることを承諾致します。
- ・当日キャンセルは、チケットを1回消化させて頂きます。

同意日： 年 月 日

患者氏名： 印

住所： _____

親権者氏名（未成年者のみ）： 印

医療法人社団 優惠会